

행정 심의회 요청 ADMINISTRATIVE HEARING REQUEST

이 신청서를 이용하여 판사의 면전에서 실시하는 심의회를 요청합니다. 이 신청서를 귀하께서 동의하지 않는 자격 통지일을 수신한 날로부터 90일 이내에 송부해주시시오. 10일 이내에 심의회를 신청하시면 심의회 기간 동안 Apple Health 가입 자격을 유지할 수 있습니다.

주요사항: 정식 항소 절차(최대 90일 소요)로 인해 생활이나 건강, 기능의 유지나 회복이 어려워질 위험이 있어 건강 서비스가 바로 필요하신 경우에는 1-855-859-2512로 전화하셔서 자세한 정보를 얻으십시오.

Healthplanfinder 신청인ID #:	자격 통지일:	오늘 날짜:	
이의 제기자 정보			
이의 제기자 이름	성	중간이름 이니셜	생년월일
우편 주소	시	우편번호	주간 전화번호 ()
이메일 주소	고용주/회사 이름 (고용주가 귀하의 건강보험을 제공하는 경우)		고용주 전화번호
귀하에게 연락할 수 있는 최상의 방법은? <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 전화번호 <input type="checkbox"/> 우편			
행정 심의회 신청 사유			
<input type="checkbox"/> Washington Apple Health (예: Medicaid, CHIP) 질문? 1-800-562-3022 <input type="checkbox"/> 심의회 기간 동안 WA Apple Health 보험을 유지하고자 합니다. 통지서 수령일로부터 10일 이내, 또는 보험이 종료하기 전까지의 기간 중 늦게 도래하는 때까지 이 신청서를 보건국에 보내셔야 합니다. 우송 주소: Health Care Authority PO Box 45504 Olympia, WA 98504-5504			
<input type="checkbox"/> 건강보험 세금 공제, 비용 공유, 특수 참여 질문? 1-855-859-2512 우송 주소: WAHBE Appeals PO Box 1757 Olympia, WA 98507-1757 팩스: 360-841-7653			
저희 결정이 잘못되었다고 생각하시는 이유를 설명하여주시시오(판사가 심의회를 원하는 이유를 판단할 수 있도록):			

